Externe Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

Schlaganfall-Akutbehandlung

Hessen (SA-HE)

Subarachnoidalblutung (SAB)

Jahresbericht EJ2025 (AJ2026)

Qualitätsindikatoren

Hessen

© Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen GbR

Frankfurter Straße 80-82, 65760 Eschborn

Qualitätsindikatoren

QI-ID	Beschreibung	Referenzwerte	EJ2024 Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner	EJ2025 Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner
S13a-006	Erste Bildgebung innerhalb von 30min nach Aufnahme (bei Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 70% Ø in Hessen: 63,39%	64,02% [56,96 - 70,52] 121 / 189 Fälle	63,39% [56,20 - 70,03] 116 / 183 Fälle
S13c-001	CT-/MR-/DS-Angiographie im Anschluss an native Bildgebung	Ziel: >= 95% Auffälligkeit: < 70% Ø in Hessen: 87,85%	85,11% [79,32 - 89,49] 160 / 188 Fälle	87,85% [82,28 - 91,83] 159 / 181 Fälle
S12-004	Screening für Schluckstörungen	Ziel: >= 95% Auffälligkeit: < 90% Ø in Hessen: 96,20%	88,75% [82,92 - 92,76] 142 / 160 Fälle	96,20% [92,36 - 98,15] 177 / 184 Fälle
S15-003	Behandlung in Stroke Unit bzw. Intensivstation	Ziel: >= 95% Auffälligkeit: < 90% Ø in Hessen: 95,45%	94,59% [90,79 - 96,88] 210 / 222 Fälle	95,45% [91,84 - 97,51] 210 / 220 Fälle
S19-002	Entlassungsziel Rehabilitation von Patient(inn)en mit alltagsrelevanten Behinderungen	Ziel: >= 95% Auffälligkeit: < 70% Ø in Hessen: 92,65%	95,00% [86,30 - 98,29] 57 / 60 Fälle	92,65% [83,91 - 96,82] 63 / 68 Fälle
S40a-001	Intervention eines nachgewiesenen Aneurysmas	Ziel: >= 95% Auffälligkeit: < 87.5% Ø in Hessen: 93,41%	88,30% [82,63 - 92,30] 151 / 171 Fälle	93,41% [88,83 - 96,19] 170 / 182 Fälle
S40b-001	Möglichst frühzeitige Intervention	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 80% Ø in Hessen: 88,27%	91,53% [86,49 - 94,80] 162 / 177 Fälle	88,27% [83,01 - 92,05] 173 / 196 Fälle
S02-003	Rehabilitation - Physio-/Ergotherapie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 100,00%	82,35% [58,97 - 93,81] 14 / 17 Fälle	100,00% [77,19 - 100,00] 13 / 13 Fälle
S03-004	Rehabilitation - Logopädie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 100,00%	63,16% [41,04 - 80,85] 12 / 19 Fälle	100,00% [87,94 - 100,00] 28 / 28 Fälle
S11-004	Pneumonie als Komplikation	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 20,79%	18,87% [15,21 - 23,16] 70 / 371 Fälle	20,79% [17,12 - 25,02] 84 / 404 Fälle
S10a-004	Todesfälle	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 12,95%	16,34% [12,86 - 20,54] 58 / 355 Fälle	12,95% [9,97 - 16,67] 50 / 386 Fälle
S10b-004	Todesfälle (excl. Patienten mit palliativer Zielsetzung)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 4,57%	5,17% [3,16 - 8,36] 15 / 290 Fälle	4,57% [2,79 - 7,41] 15 / 328 Fälle

Auffälligkeitskriterien

AK-ID	Beschreibung	Referenzwerte	EJ2024	EJ2025
SA-S-AK2	Patienten mit nicht bestimmbaren motorischen Ausfällen bei Aufnahme	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 2% Ø in Hessen: 0,53%	0,00% 0 / 162 Fälle	0,53% 1 / 190 Fälle
SA-S-AK3	Querprüfung Rankin-Scale mit Barthel-Index ≤ 24h nach Aufnahme	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 5% Ø in Hessen: 3,22%	2,96% 11 / 371 Fälle	3,22% 13 / 404 Fälle
SA-S-AKBasis	Auffälligkeitskriterium zum Basisdatensatz (MDS)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 10% Ø in Hessen: 12,55%	16,37% 83 / 507 Fälle	12,55% 65 / 518 Fälle
SA-S-AKV1	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 95% Ø in Hessen: 103,60%	96,99% 483 / 498 Fälle	103,60% 518 / 500 Fälle
SA-S-AKV2	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 110% Ø in Hessen: 103,60%	96,99% 483 / 498 Fälle	103,60% 518 / 500 Fälle

Leseanleitung

Referenzbereiche

Zielbereich: anzustrebendes Ergebnis
Auffälligkeitsbereich: rechnerisch auffälliges Ergebnis
Die Referenzbereiche können entweder fest definiert oder aus dem Gesamtdatenbestand errechnet werden. Wurde der Referenzbereich anhand eines Absolutwertes festgelegt, ist in der folgenden Tabelle der Vermerk "fixer Wert" eingetragen.
Bei der Mehrzahl der Qualitätsindikatoren richtet sich der Auffälligkeitsbereich nach den Empfehlungen der Arbeitsgruppe Deutschsprachiger Schlaganfallregister (ADSR). Handelt es sich um einen errechneten Wert, ist der Tabelle zu entnehmen, wie der Qualitätsindikator aus den Gesamtdatenbestand errechnet wurde.

QI-ID	Kurzbezeichnung	Zielbereich	Auffälligkeitsbereich
S13a-006	Erste Bildgebung	fixer Wert	fixer Wert
S13c-001	Angio im Anschluss an CT/MRT	fixer Wert	fixer Wert
S12-004	Screening für Schluckstörungen	fixer Wert	fixer Wert
S15-003	Behandlung in Stroke Unit / Intensivstation	fixer Wert	fixer Wert
S19-002	Ziel Reha. von Pat. mit alltagsrel. Behind.	fixer Wert	fixer Wert
S40a-001	Aneurysmaintervention	fixer Wert	10%-Perzentile Hessen
S40b-001	Frühzeitige Aneurysmaintervention	n.d.	fixer Wert

AK-ID	Kurzbezeichnung	Zielbereich	Auffälligkeitsbereich
SA-S-AK2	Patienten mit nicht bestimmbaren motorischen Ausfällen bei Aufnahme	n.d.	fixer Wert
SA-S-AK3	Querprüfung Rankin-Scale mit Barthel-Index ≤ 24h nach Aufnahme	n.d.	fixer Wert
SA-S-AKBasis	Auffälligkeitskriterium zum Basisdatensatz (MDS)	n.d.	fixer Wert
SA-S-AKV1	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	n.d.	fixer Wert
SA-S-AKV2	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	n.d.	fixer Wert

Ergebnis

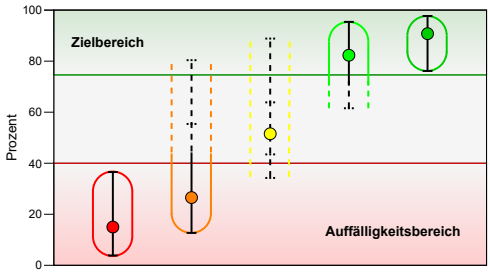
Wert der eigenen Klinik im betreffenden Erhebungsjahr für den aufgeführten Qualitätsindikator. Die Werte in eckigen Klammern kennzeichnen das 95%-Konfidenzintervall [95% CI].
Das Konfidenzintervall kennzeichnet den Bereich, in dem der Klinikwert unter Ausschluss zufälliger Faktoren mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% liegt. Die Konfidenzintervalle ermöglichen eine Überprüfung auf statistische Signifikanz.
Die Bewertung der Ergebnisse wird farblich veranschaulicht (siehe Erläuterungen).
Zähler = Ausgabe des Zählerwertes des Ergebnisses
Nenner = die Größe der Grundgesamtheit
Sollten für den dargestellten Auswertungszeitraum zur Berechnungsgrundlage eines oder mehrerer Qualitätsindikatoren und/oder Auffälligkeitskriteriums/en keine Fälle gemeldet worden sein (Nenner = 0), werden diese in der Ergebnisübersicht nicht aufgeführt.

AKs

Auffälligkeitskriterien sind analog aufgebaut wie die Qualitätsindikatoren. Sie bewerten im Gegensatz dazu nicht die Qualität der Behandlung, sondern die Qualität der Dokumentation.
Sie stellen sicher, dass die Datengrundlage zur Berechnung der Qualitätskennzahlen vollständig, vollzählig und aussagekräftig und gut vergleichbar ist.

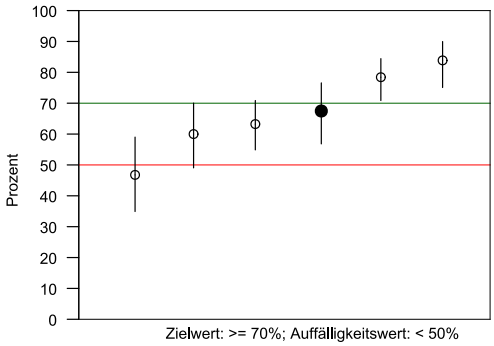
Erläuterungen zu der farblichen Bewertung der Klinikergebnisse

- Ziel erreicht, Klinikwert erreicht gewünschte Rate
- Klinikwert erreicht Zielvorgabe, jedoch nicht signifikant
- Klinikwert im Warnbereich zwischen Ziel und Auffälligkeit
- Klinikwert auffällig, jedoch nicht signifikant
- Klinikwert signifikant auffällig
- kein Referenzbereich definiert oder keine Fälle vorhanden
- Sentinel Event; Einzelfallanalyse empfohlen
- Auffälligkeit bei der Datenvalidität oder Vollzähligkeit
- keine Auffälligkeit bei der Datenvalidität oder Vollzähligkeit



League Plot Darstellung

Auf der X-Achse werden die Ergebnisse der Kliniken für den jeweiligen Qualitätsindikator angegeben (i.d.R. in %). Jeder Punkt repräsentiert den Wert einer Klinik, der Wert Ihrer Klinik ist hervorgehoben. Die vertikalen Linien auf beiden Seiten des Punktes kennzeichnen das 95%-Konfidenzintervall. Hiebei weisen große Intervalle (=lange Linien) auf geringe Fallzahlen hin. Der Ziel- und Auffälligkeitsbereich - sofern definiert - wird jeweils durch eine grüne bzw. rote Linie gekennzeichnet. Als Sortierkriterium wird der Grad der Zielerreichung in aufsteigender Form gewählt ("auffällige" Klinikergebnisse sind links angeordnet). Der Hessendurchschnitt ist durch einen schwarzen Punkt dargestellt. Alle Ergebnisse außerhalb des Referenzbereiches stellen eine rechnerische Auffälligkeit dar. Zeigt das Konfidenzintervall zusätzlich keine Überschneidung mit dem geforderten Bereich, liegt eine statistisch signifikante Auffälligkeit vor.



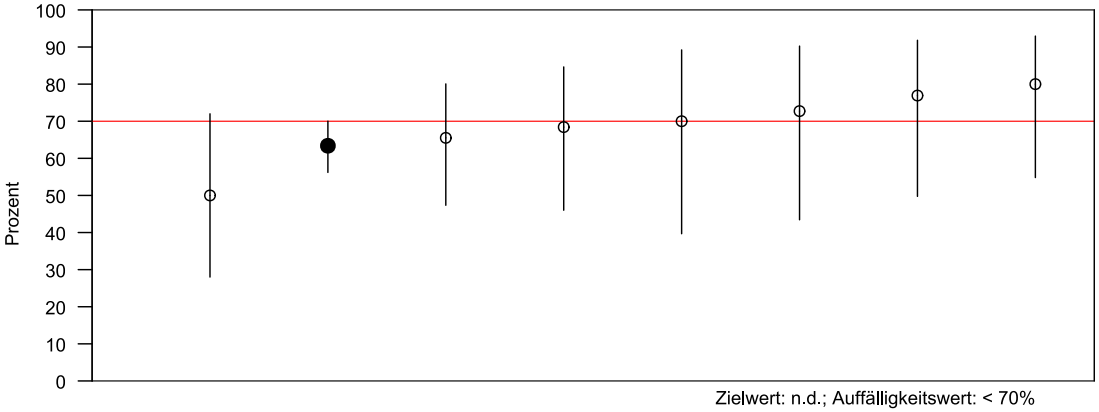
Auf den folgenden Seiten werden die Einzelergebnisse pro Qualitätsindikator/Kennzahl dargestellt. Dabei werden nur die Ergebnisse abgebildet, deren Grundgesamtheit mindestens 10 Fälle umfasst. Der eingefärbte Punkt stellt Ihr Ergebnis im Vergleich zu den anderen Kliniken dar. Ihr Ergebnis wird in den Tabellen jeweils dem Ergebnis von Hessen gesamt und einer Vergleichsgruppe gegenübergestellt.

Erste Bildgebung innerhalb von 30min nach Aufnahme (bei Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)

QI-ID: S13a-006

	Hessen gesamt	
	N	%
Alle Fälle mit Zeitintervall Ereignis-Aufnahme <= 6 h (inkl. Inhouse-Stroke) [Ausschluss von Fällen mit Bildgebung vor Aufnahme sowie mit CT- bzw. MR- bzw. DS-Angiographie vor Aufnahme]	183	
- davon Fälle mit Bildgebung bis <= 30 Minuten nach Aufnahme	116	63,39

	95% CI
Vertrauensbereich (in %)	56,20 ; 70,03

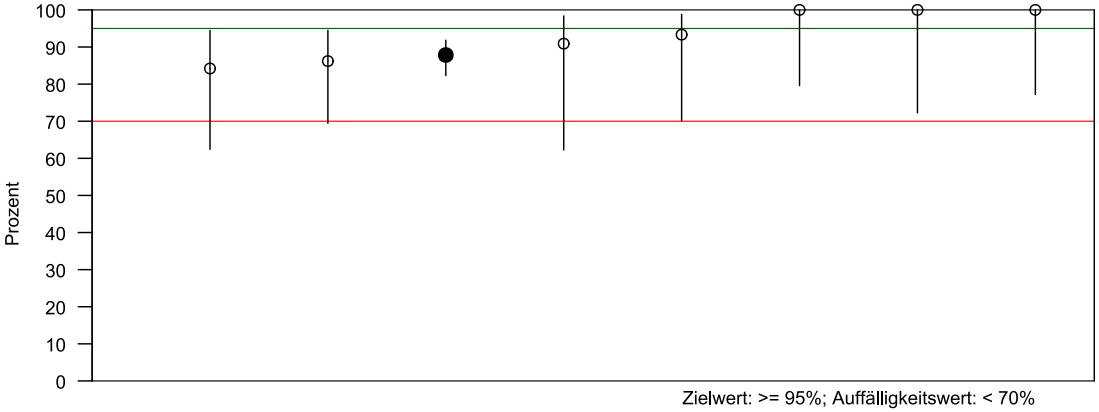


CT-/MR-/DS-Angiographie im Anschluss an native Bildgebung

QI-ID: S13c-001

	Hessen gesamt	
	N	%
Alle Fälle mit einem Zeitintervall Ereignis-Aufnahme <= 6 h [Ausschluss von Fällen mit Bildgebung vor Aufnahme]	181	
- davon Fälle mit CT- bzw. MR- bzw. DS-Angiographie direkt im Anschluss an native Bildgebung	159	87,85

	95% CI
Vertrauensbereich (in %)	82,28 ; 91,83

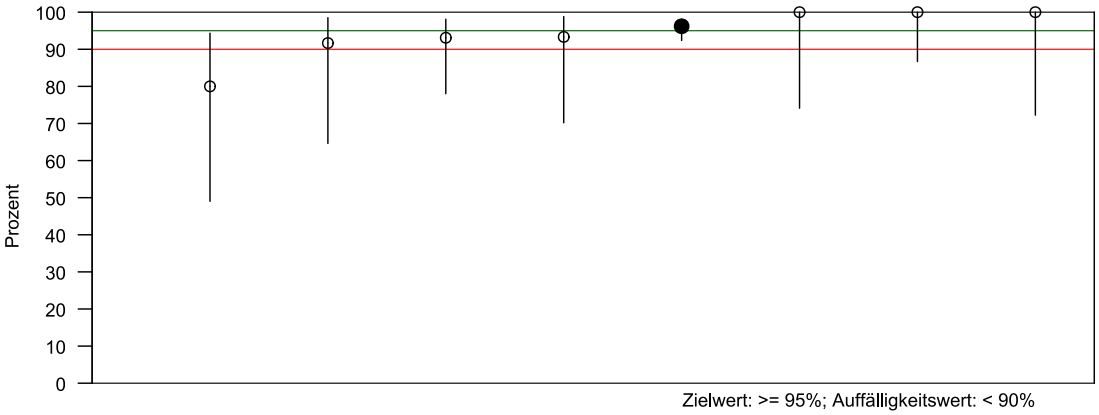


Screening für Schluckstörungen

QI-ID: S12-004

	Hessen gesamt N	Hessen gesamt %
Alle Fälle mit einer Liegezeit von mindestens einem Tag [Ausschluss von Fällen mit Bewusstseinsstörungen bei Aufnahme sowie Fällen in denen ein Schlucktest nicht durchführbar ist, Ausschluss von Fällen mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12h mit bzw. ohne spätere Rückverlegung und beatmeten Patienten]	184	
- davon Fälle mit nach Protokoll durchgeführtem Schlucktest	177	96,20

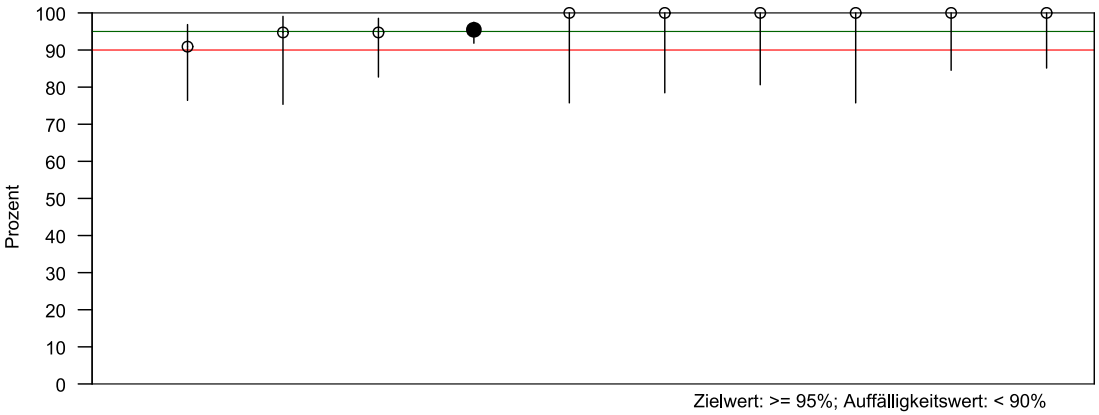
	95% CI
Vertrauensbereich (in %)	92,36 ; 98,15



Behandlung in Stroke Unit bzw. Intensivstation

QI-ID: S15-003	Hessen gesamt	
	N	%
Alle Fälle, die mit Intervall Ereignis-Aufnahme <= 24 h in die Klinik aufgenommen werden (inkl. Inhouse-Stroke)	220	
- davon Fälle mit Behandlung auf Stroke Unit oder Intensivstation	210	95,45

	95% CI
Vertrauensbereich (in %)	91,84 ; 97,51

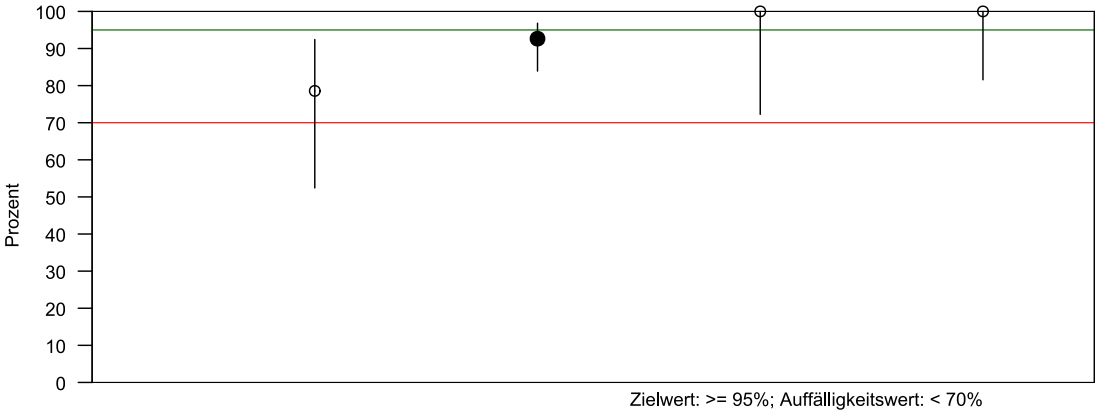


Entlassungsziel Rehabilitation von Patient(inn)en mit alltagsrelevanten Behinderungen

QI-ID: S19-002

	Hessen gesamt N	Hessen gesamt %
Alle Fälle ohne vorherige Pflegeheimunterbringung und ohne vorherige Pflege zu Hause mit mod. Rankin Skala 2-5 bei Entlassung [Ausschluss von Fällen mit Verlegung in eine andere Akutklinik sowie von Fällen mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h ohne spätere Rückverlegung und ohne Fälle bei denen eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde]	68	
- davon Fälle, für die nach Entlassung eine ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation (nach § 40 SGB V) von der Klinik veranlasst wurde (Organisation oder Anmeldung; nicht notwendigerweise direkte Verlegung in die Rehabilitation)	63	92,65

	95% CI
Vertrauensbereich (in %)	83,91 ; 96,82

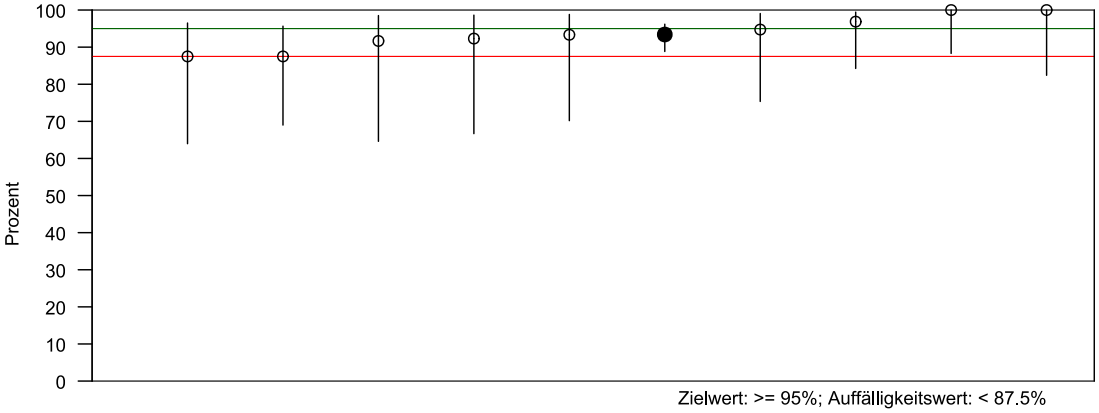


Intervention eines nachgewiesenen Aneurysmas

QI-ID: S40a-001

	Hessen gesamt	
	N	%
Alle Fälle mit Aneurysma in der Bildgebung [Ausschluss von Fällen mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h mit bzw. ohne spätere Rückverlegung sowie Fällen bei denen während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde]	182	
- davon Fälle mit Operation an Blutung oder Blutungsquelle und/oder endovaskulärer Behandlung	170	93,41

	95% CI
Vertrauensbereich (in %)	88,83 ; 96,19

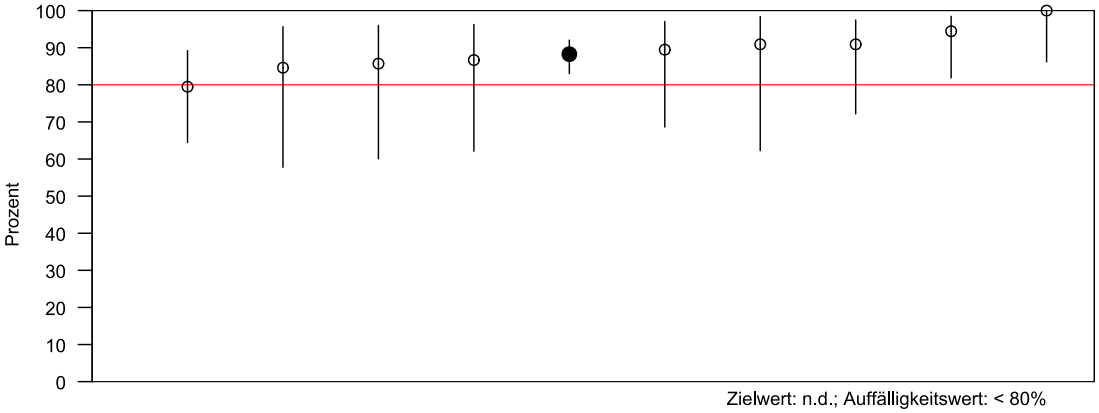


Möglichst frühzeitige Intervention

QI-ID: S40b-001 Hessen gesamt

	N	%
Alle Fälle mit Operation oder Endovaskuläre Behandlung bei nachgewiesenem Aneurysma	196	
- davon Fälle mit Intervention innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme	173	88,27

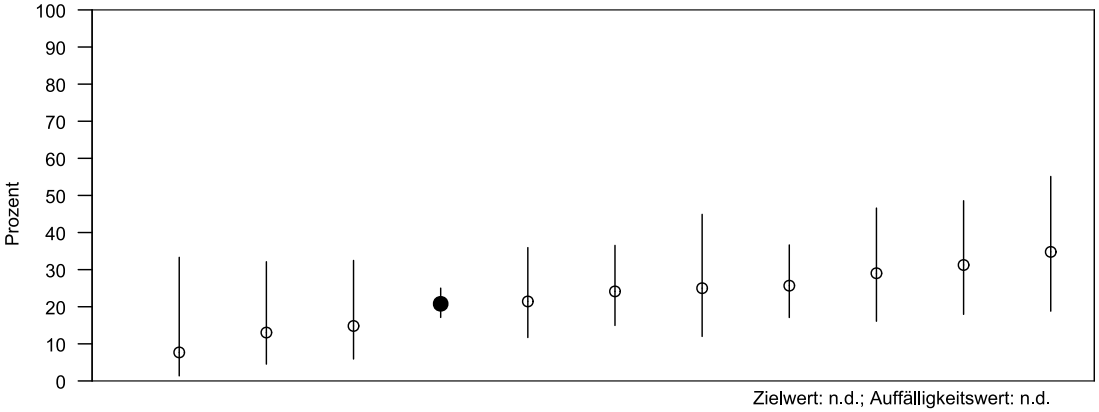
	95% CI
Vertrauensbereich (in %)	83,01 ; 92,05



Pneumonie als Komplikation

QI-ID: S11-004	Hessen gesamt	
	N	%
Alle Fälle [Ausschluss von Fällen mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h ohne spätere Rückverlegung]	404	
- davon Fälle mit Pneumonie als Komplikation	84	20,79

	95% CI
Vertrauensbereich (in %)	17,12 ; 25,02

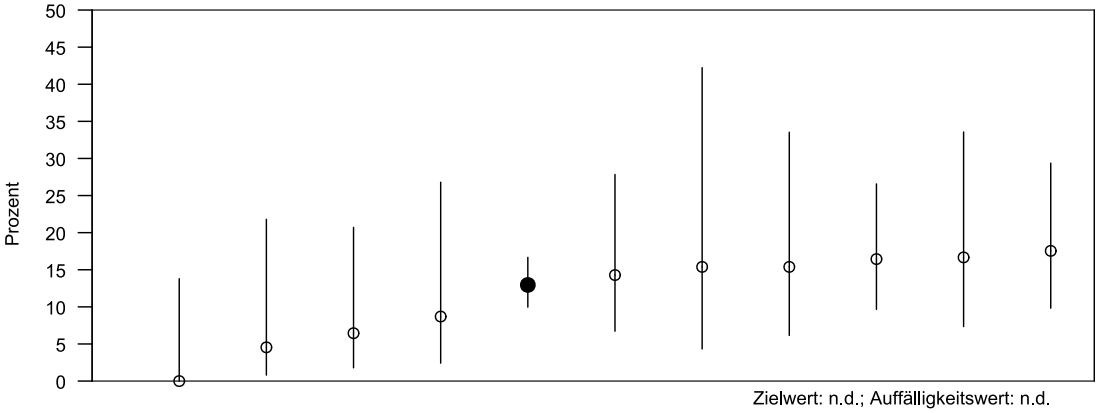


Todesfälle

QI-ID: S10a-004

	Hessen gesamt	
	N	%
Alle Fälle [Ausschluss von vor dem siebten Tag in andere Abteilungen, Kliniken, Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen verlegte Fälle sowie von Fällen mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h ohne spätere Rückverlegung]	386	
- davon Fälle die innerhalb der ersten 7 Tage des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind	50	12,95

	95% CI
Vertrauensbereich (in %)	9,97 ; 16,67



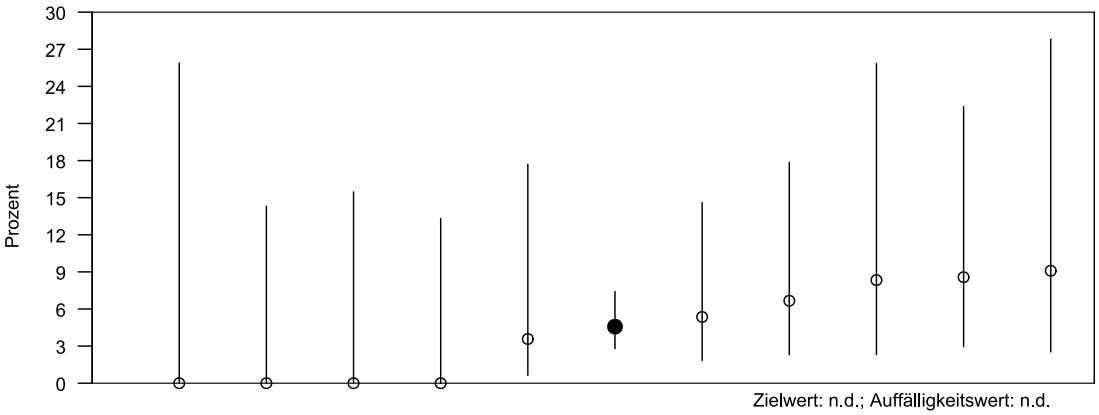
Zielwert: n.d.; Auffälligkeitswert: n.d.

Todesfälle (excl. Patienten mit palliativer Zielsetzung)

QI-ID: S10b-004

	Hessen gesamt N	Hessen gesamt %
Alle Fälle ohne Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung während des KH-Aufenthaltes [Ausschluss von vor dem siebten Tag in andere Abteilungen, Kliniken, Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen verlegte Fälle sowie von Fällen mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h ohne spätere Rückverlegung]	328	
- davon Fälle die innerhalb der ersten 7 Tage des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind	15	4,57

	95% CI
Vertrauensbereich (in %)	2,79 ; 7,41

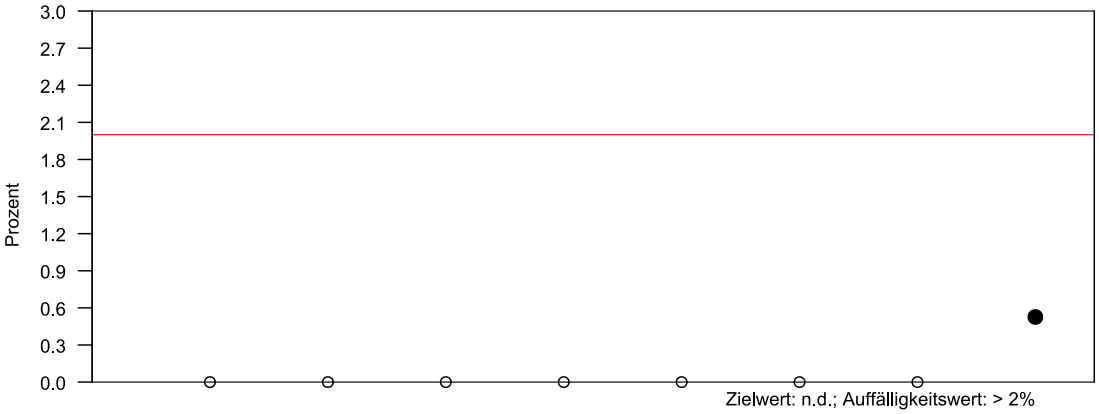


Patienten mit nicht bestimmbaren motorischen Ausfällen bei Aufnahme

AK-ID: SA-S-AK2

Hessen gesamt

	N	%
Alle Fälle mit Bewusstseinslage bei Aufnahme und ohne Beatmung	190	
- davon Fälle mit nicht bestimmbaren motorischen Ausfällen bei Aufnahme	1	0,53

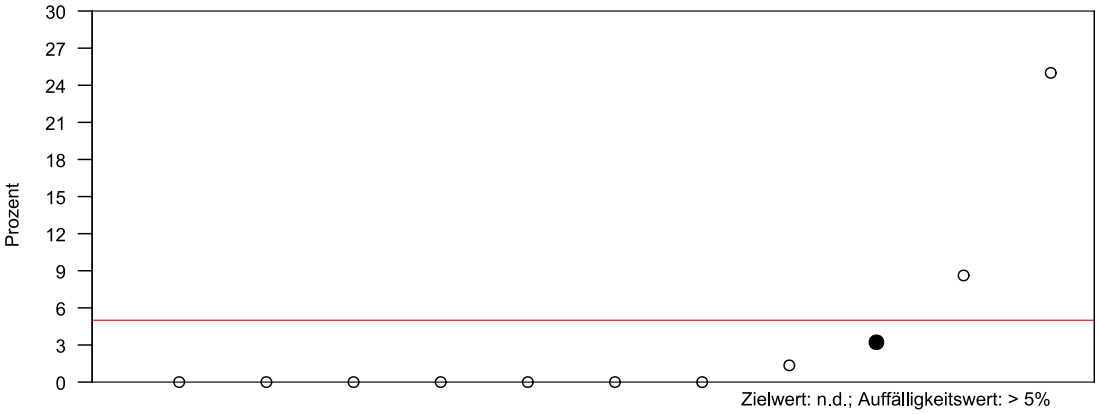


Querprüfung Rankin-Scale mit Barthel-Index ≤ 24h nach Aufnahme

AK-ID: SA-S-AK3

Hessen gesamt

	N	%
Alle Fälle mit Angaben zu BI und RS (≤ 24h nach Aufnahme)	404	
- davon Fälle mit BI > 70 und RS > 3 oder BI < 30 und RS < 3	13	3,22

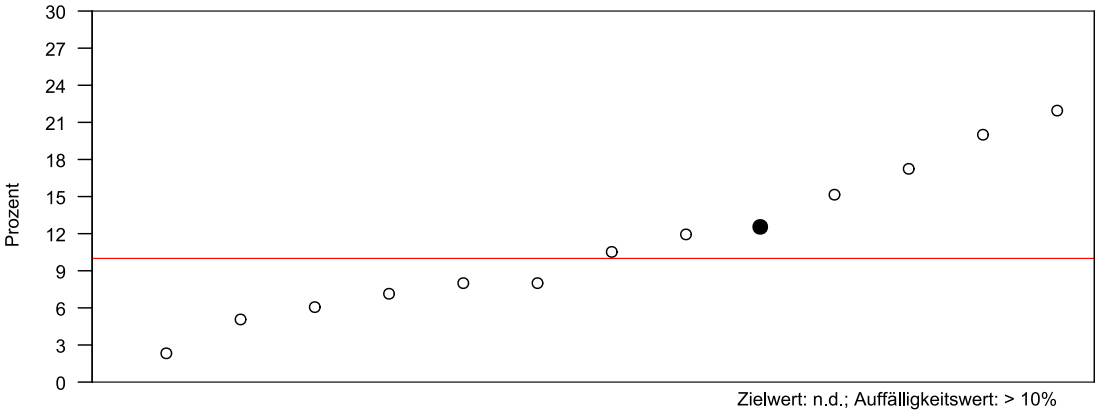


Auffälligkeitskriterium zum Basisdatensatz (MDS)

AK-ID: SA-S-AKBasis

Hessen gesamt

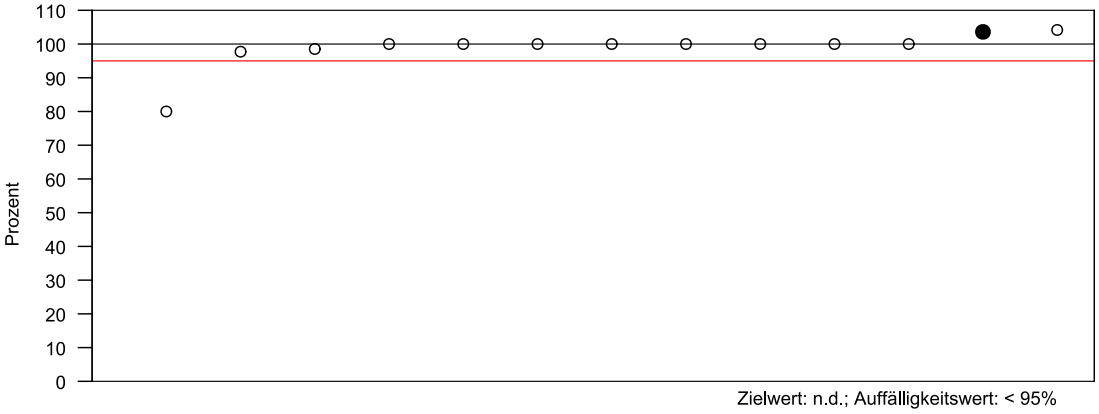
	N	%
Alle ausgelösten Fälle	518	
- davon Fälle, die nur den Basisdatensatz ausgefüllt haben	65	12,55



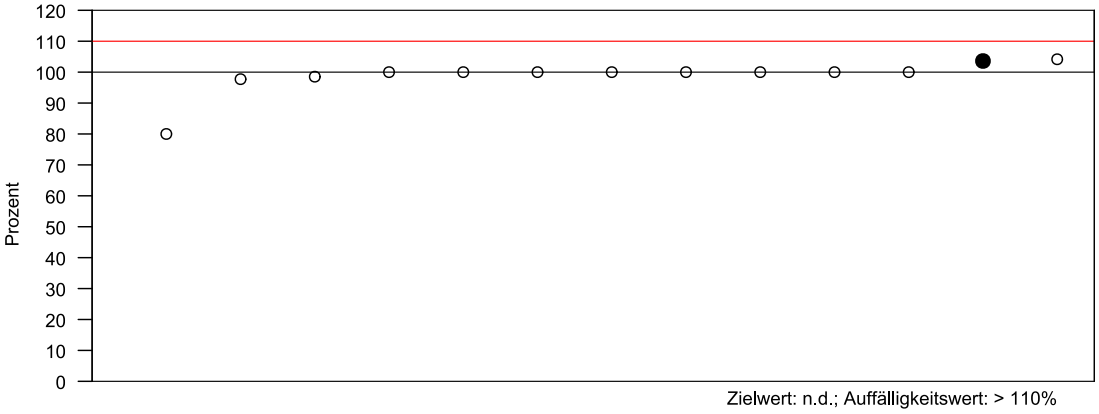
Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID: SA-S-AKV1

	Hessen gesamt N	Hessen gesamt %
Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle	500	
- Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul	518	103,60



Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID: SA-S-AKV2

	Hessen gesamt	
	N	%
Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle	500	
- Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul	518	103,60